

11217.
43
229



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Curso de Especialización en Ginecología y
Obstetricia

Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2
Centro Médico Nacional IMSS

**OPERACION DE MARSHALL - MARCHETTI-
KRANTZ EN LA INCONTINENCIA URINARIA
DE ESFUERZO RECIDIVANTE.**

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el Título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia
P r e s e n t a

DR. EDGARDO RICARDO GONZALEZ ARISMENDI



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	<u>Página</u>
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	11
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
IV. OBJETIVOS	18
V. MATERIAL Y METODOS	19
VI. RESULTADOS	20
VII. DISCUSION	41
VIII. RESUMEN	44
IX. BIBLIOGRAFIA	45

INTRODUCCION

Los intentos para corregir la incontinencia urinaria por esfuerzo datan de apenas unos cien años, y podemos definir, como la pérdida involuntaria, incontrolable e indolora de orina a través de la uretra en relación a aumentos bruscos de la presión intra-abdominal, como toser, estornudar, reír y levantar objetos pesados etc. 21

En 1864 Baker Brown hizo uso de los primeros intentos para tratar este problema practicando una cistostomía suprapúbica en una mujer con incontinencia.

A fines del siglo XIX se desarrollaron varios procedimientos para alargar y estrechar el cuello vesical y la uretra, pero nunca aceptaron ampliamente por lo variable de los éxitos postoperatorios.

En los inicios del siglo XX las técnicas quirúrgicas para corregir la incontinencia urinaria por esfuerzo se enfocaron a tres principios importantes:

- a) Plegamiento vaginal del cuello de la vejiga y del área uretral.
- b) Cabestrillos uretrales musculofaciales y sintético.
- c) Procedimiento de vesico-uretropexia.

En 1911 Kelly popularizó el plegamiento vaginal para corregir la incontinencia urinaria por esfuerzo, incluía la aplicación de puntos de seda en colchonero para unir los tejidos alrededor de la uretra o el cuello vesical a través de una incisión vaginal. En 1914 de las 20 pacientes que trató 90% curaron o mejoraron inmediatamente después de la intervención, pero en los resultados tardíos solo curó o mejoró el 65%. En consecuencia parecía que aunque este procedimiento aliviaba a algunas mujeres con incontinencia por esfuerzo, no curaba todas y en muchas solo proporcionaba una solución temporal. Utilizando un segundo enfoque para este problema los Cirujanos comenzaron a colocar cabe-trillos musculofaciales e incluso sintético alrededor de la uretra y el cuello vesical, intentando estrechar y elevar esta área y previniendo en consecuencia el escape de orina.

En 1923 Victor Bonney desarrolló una técnica para corregir la incontinencia urinaria por esfuerzo utilizando una incisión suprapúbica. Fijó la porción anterosuperior de la vejiga a recto utilizando puntos de seda. Aunque al parecer corregía los síntomas de la incontinencia por esfuerzo en un principio los efectos duraban poco tiempo.

No fue sino hasta 1949 cuando Marshall- Marchetti - Krantz publicaron sus éxitos con la suspensión vesicouretral a través de una incisión suprapúbica, que popularizó

este método quirúrgico para corregir la incontinencia urinaria por esfuerzo.

Desde que Marshall- Marchetti y Krantz escribieron - su método de elevación suprapúbica abierta del tejido uretrovesical , se han desarrollado varios métodos alternativos para llevarla a cabo.

TECNICA (Marshall, Marchetti y Krantz) 21,6.

Descripción : Previa colocación de una sonda de Foley, con balón de 30 cm³ que se introduce en la vejiga e inflado éste, ponemos en la vagina una o más gasas largas con el objeto de hacer más evidente la situación del balón en el espacio de Retzius. Se han practicado indistintamente incisiones medianas o transversas de Pfannenstiel. Exponemos ampliamente el espacio de Retzius separando la vejiga y la uretra de la cara posterior del pubis, cuidando de no lesionar las venas que componen el plexo de Santorini, alcanzando con esta separación hasta un centímetro del meato uretral externo. La individualización del balón que nos señala la región del cuello vesical y la palpación de la uretra sobre el catéter, se ve muy facilitada por la introducción que hemos hecho previamente de la gasa en la vagina, ahorrándonos con esto la maniobra que implica la introducción de los dedos de un ayudante en la vagina. En seguida colocamos tres puntos, equidistantes, a cada lado

de la uretra. Con cada uno de estos puntos usamos material irreabsorbible (Sedalon No. 40), mediante una doble pasada se toma profundamente la pared vaginal adyacente a la uretra. Se deja un cabo más largo que posteriormente se fija al periostio del pubis, cuidando que estas suturas sean simétricas para evitar la distorsión y una tensión desigual de la uretra. Al atar las suturas colocadas, se provoca la elevación del cuello vesical y de la uretra, que de esta manera quedan apoyada contra la sínfisis pubiana, lo cual determina el cierre del espacio de Retzius. Se colocan sendas suturas en la cara anterior e inferior de la vejiga que se fijan al tendón conjunto o músculo rectos. Esto contribuye a llevar aún más la vejiga al espacio de Retzius.

EPILOGIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO

Las causas que desencadenan la incontinencia urinaria por esfuerzo, es el resultado de los traumatismos que ocasiona una Obstetricia mal llevada y los traumatismos del parto, pero pueden tener otra etiología, como son cirugías de tipo ginecológico, problemas de hipotrofia de los tejidos debido al detrimento hormonal que la paciente sufre a partir de la cuarta década de la vida en adelante.

CLASIFICACION DE LA INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO

Se clasifican en congénitas y adquiridas , siendo para muchos autores más frecuente esta última. La incontinencia de orina de causa congénita, rara vez se observa en el adulto, ya que estas malformaciones son habitualmente tratadas en la niñez, por ejemplo epispadias, implantación anómala de los ureteres en el vestibulo, uretra, vagina, extrofia vesical. En la incontinencia de orina adquirida nos ocuparemos de la incontinencia del esfínter uretrovesical, denominada también ortóstatica, incontinencia funcional de orina, incontinencia esfinteriana de orina.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y VALORACION DE LA INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO

Los síntomas de la incontinencia por esfuerzo puede dividirse en tres grados: Grado I, escape sólo por "esfuerzo" intenso (tos, risa, estornudo); grado II, escape al correr y caminar, y grado III, incontinencia total. Al elaborar la historia es importante descubrir a las pacientes que relatan el escape de orina después de sensación de urgencia por orinar (incontinencia por urgencia) y a quienes presentan dolor suprapúbico cuando se llena la vejiga. El primero de estos síntomas puede relacionarse con una vejiga inestable, neuropática y el segundo con una -

cistitis intersticial. Estos dos trastornos necesitan mayor valoración porque ninguno se aliviará con las técnicas que se utilizan para corregir la incontinencia por esfuerzo.

La parte más importante de la valoración es la demostración real de la incontinencia inducida por esfuerzo y debe hacerse durante la exploración. Cuando la paciente tiene un deseo intenso de orinar y piensa que su vejiga está llena, se le pide que orine en el baño en la posición normal sentada. Puede colocarse una vasija debajo del asiento del sanitario para medir el volumen orinado, que se registra, y de inmediato se introduce una sonda uretral 14 fr para determinar la orina residual en la vejiga. Un volumen mayor de 10% de orina eliminada puede indicar una vejiga neuropática, no contráctil, que quizás no se vacíe espontáneamente después de la suspensión quirúrgica del cuello vesical y tal vez necesite valorarse en forma más completa antes de operar. Una vez que se ha registrado el volumen residual la vejiga se llena lentamente a través de una sonda uretral unida a una jeringa vacía de 50 ml que se sostiene verticalmente para que la vejiga se llene con agua por gravedad. Cuando la paciente indica que se ha llenado sin molestias (250 a 350), se anota el volumen de líquido en la vejiga. Es necesario observar cualquier aumento repentino en la columna de agua durante la fase de llenado de la vejiga porque son

signos de contracciones vesicales espontáneos no inhibidos que tal vez deban valorarse adicionalmente. Una vez que la vejiga está completamente llena sin molestias y la paciente se encuentra aún en posición de litotomía, se le pide que tosa. Si hay un escape que coincide con la tos, se termina el examen. Si no se observa escape alguno se levanta la cabecera de la mesa hasta unos 45° y se observa nuevamente si hay incontinencia uretral cuando la paciente tose. Por último, si tampoco hay escape alguno en esta posición, se le pide que se ponga de pie y tosa con las piernas separadas. El escape en esta posición debe coincidir casi con la tos para evitar confundir la contracción espontánea inducida por la tos con un signo de incontinencia por esfuerzo. La contracción vesical por la tos se presentará 5 a 15 seg después de toser.

Antes de terminar el examen es necesario observar si no hay rectocele ni cistocele. En este momento hay que hacer una exploración ginecológica bimanual y tomar un frotis de Pap si es necesario. Puede valorarse la sensación-perineal.

En el sentido práctico diferenciamos a las pacientes de incontinencia urinaria de esfuerzo de acuerdo con la severidad de los síntomas clínicos en dos grupos:

Grado I. Aquellas pacientes con pérdida de orina al-

esfuerzo en posición de pié, y

Grado II. Aquellas pacientes con el mismo signo en posición horizontal.

Desde el punto de vista radiológico, los hallazgos de la uretrocistografía lateral con cadena fueron incorporados, tomando como base los dos tipos de modificaciones de acuerdo con Green:

Grado I. Aquel uretrocistograma que tiene perdido el ángulo posterior y el anterior normal.

Grado II. Aquel uretrocistograma que tiene ambos ángulos anormales. (ángulo uretrovesical posterior y ángulo de inclinación uretrovesical).

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

A partir de los estudios de Hodkinson, Roberts y Green (citado por Delgado Urdapilleta)⁶, entre otros, en relación a la uretrocistografía. Se necesita de una metodología de estudio para poder llegar al diagnóstico de la incontinencia urinaria por esfuerzo y esta metodología incluye:

a). una historia clínica completa, exámenes genera -

les de rutina y especiales (urocultivo y exudado cervicovaginal).

b). Estudios de gabinete que pueden ser cistoscopia, para tratar de corroborar cualquier proceso inflamatorio a nivel vesical que pudiere enmascarar el cuadro y a la vez el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Dentro de este estudio está contemplado, estudios de funcionamiento neurogéo del perineal, de la vejiga y la-cistometría. Además disponemos de la uretrociotografía - con cadena para el estudio de la incontinencia urinaria - por esfuerzo propuesta por hodkinson.

Green estableció la primera clasificación radiológica conocida de la incontinencia urinaria por esfuerzo y - la clasifico en dos diferentes tipos, I y II ya comentados.

Hodkinson y norlid explican el concepto fisiológico introducido por ellos en la incontinencia urinaria por es-fuerzo en base a estudios electrónicas de Pesometría.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse con varias patologías:

a). Presencia de fistulas urogenitales como consecuencia de las iatrogenias en las cirugias ginecológicas y en las obstétricas.

b). Procesos inflamatorios de vejiga como son los ocasionados por Tabes Dorsal, Neuritis severa o diabéticas.

c). Otra entidad que hay que tener presente en el diagnóstico diferencial es la incontinencia urinaria de urgencia ocasionada por procesos inflamatorios, vesicales o renales y que se acompañan de polaquiuria, tenesmo vesical, disuria e irritación.

d). Otra patología que hay que tener en cuenta es la incontinencia psicogénica.

e). Y por último, la inestabilidad del músculo detrusor o disinergia del músculo del detrusor.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La incontinencia urinaria por esfuerzo ha sido una patología historicamente asociada a la mujer, la cual puede ser congénita, menopausica o postoperatoria, pero el tipo más frecuente de pérdida involuntaria se relaciona con traumatismo obstétrico, especialmente en las multiparas.

En la actualidad existen numerosas intervenciones ideadas para corregir la incontinencia urinaria por esfuerzo y recidivante, estimandose de gran aceptación y confianza en el tratamiento, la técnica operatoria de Marshall-Marchetti-Krantz, procedimiento quirurgico de fácil realización, eficaz en la corrección de este problema, su efectividad mayor está en razón directa de la selección de la paciente.

Kjer SS; Helj; Jaszet P; follow,¹² en 65 pacientes en quienes se les había experimentado la operación de urgencia vesicouretral, Marshall-Marchetti-Krantz en el período de 1961-1970, 35 pacientes fueron operadas con la correcta indicación (para la incontinencia de stress); 30 pacientes (80%) fueron curadas, y el examen vaginal estuvo de acuerdo con esta curación.

Quiñones, Martinez del Campo; Padilla 20, en México

en 1965 realizaron 50 casos de operación de Marshall- Marchetti-Krantz en el hospital de Gineco-Obstetricia del centro médico Nacional del IMSS; el rango de edad de las pacientes oscilo de 21 a 62 años, por insuficiencia urinaria de esfuerzo y recidivante, y tenían antecedentes de plastía de Kelly ó Kennedy. Los resultados hasta la presente obtenidos parecen ser alentadores para proseguir con la selección de las enfermas y emplear esta técnica en las pacientes.

Mckiel SR; Graf y Callahan ¹⁶, en 1966 afirman que la simple suspensión vesicouretral fué repoftada por Marshall-Marchetti-Krantz en 1949 para la corrección de la incontinencia por stress; se ha convertido en la más exitosa operación para la restauración de esta situación. En ciertas ocasiones como es en fracturas pélvicas, cicatriz del espacio retropubico, con previas tentativas de reparación han sido inadecuados para la operación standar. modificaron el procedimiento de rutina y ha sido utilizado en 25 pacientes sin complicaciones.

Velasquez V; Marquez ²⁵, en Chile en 1966 con la técnica de Marshall- Marchetti- Krantz, trataron 32 pacientes, las edades variaron entre 31 y 76 años; en 5 pacientes existió el antecedente de parto operatorio (aplicación de fórceps). Solo en una paciente se pudo establecer una relación directa entre el traumatismo del parto y la-

aparición de la incontinencia. En 16 pacientes (50%) se practicó una operación agregada: 13 colpoperinoplastia con miorrafia de los elevadores, 1 herniorrafia y otras cirugías vaginales. Los resultados obtenidos en las 32 pacientes fueron los siguientes: 27 mejoraron (84.3%); 3 mejoraron parcialmente (9.3%); 2 fracasos (6.2%); una de estas pacientes había sido sometida a una operación de Marshall-Marchetti-Krantz.

Mutch SA¹⁰, en 1967 en los Estados Unidos de Norte América expone que la modificación de la operación de Marshall-Marchetti-Krantz es una variedad de la operación original. Con el uso de esta modificación han sido realizadas 30 operaciones y la incontinencia de stress ha sido curada en 25 casos.

C.A.W. Uale, F. P. Kohler y C.C. Mackinney,⁴ en 1968 en U.S.A. en 60 casos de incontinencia urinaria por stress tratados con la exitosa operación de M.M.K a largo plazo obtuvo curación en 86% de los casos.

Joshi D; Reese L,¹¹ en 1969 exponen que la suspensión vesicouretral para el tratamiento de la incontinencia por stress ideada en 1949 por M-M-K. es un procedimiento que ha tenido una amplia aceptación.

González Ianillo⁶, en 1969 en Argentina reportó el

éxito de la operación de M-M-K de un 80% en las pacientes con incontinencia primaria y un 75% en las recidivas.

Leal Garza; Santos Martínez; Gutierrez Martínez ¹⁴, en México en 1972 en 31 caso de incontinencia urinaria por esfuerzo recidivante, practicaron la operación de M.M. y Krantz, con la obtención de resultados alagadores de un 85.3% a largo plazo.

Delgado Urdapilleta; Uribe; Castro Carvajal⁶, en 1972 en México en 30 casos de incontinencia urinaria por esfuerzo recidivante, tratados con la técnica de M-M-K obtuvieron resultados de curación de un 83.5%.

McCausland; Laugmod C.F.¹⁵, en 1972 adicionaron a la operación original de M-M-K, un instrumento (pinza de Babcock), reportaron 33 operaciones realizadas con el uso de esta pinza, sin complicaciones uretrales o de vejiga.

Patrick E. Colloghan²⁰, en 1975 realizó el procedimiento de M-M-K en 48 casos, para corregir la incontinencia urinaria por esfuerzo recidivante, obteniendo resultados muy buenos, muchas de las pacientes habían sido sometidas a cirugías previas vaginales. Un 45% curo, mientras que en el 3% de las pacientes restantes, la incontinencia fué recurrente.

Raymond Lee y Richard Symmonds ²², en 1975 en un gru

po de 36 pacientes, quienes habian sido sometidas a 109 - procedimientos para el tratamiento de la incontinencia - urinaria por stress, realizaron la operación de M*M*K, ob - teniendo curabilidad total en 32 pacientes (88.8%), las - 4 restantes recidivaron (11%).

Richard N. McDuffie; Kenneth Blundon 23, en 1981 ana - lizaron la evolución pre y postoperatoria de 204 pacien - tes sometidas a la operación de Marshall-Marchetti- Krantz suspensión uretrovesical, manifiestan que esta operación ha sido un éxito, sus éxitos obtenidos es el siguiente: en 1 mes 99%; en un año 89.7%; en 5 años 85.7%; en 10 a - ños 72% y en 15 años 75%.

Kuzmarou IW 13, en 1984, realizó un análisis retros - pectivo en 51 mujeres con incontinencia urinaria de stress, La apreciación pre-operatoria del proyecto consistió en - una cuidadosa historia y examen físico, uroanálisis y - cultivo, citoscopia, estudio urodinámico, conteo de cade - na (cistograma) y pielograma intravenoso. Todas las pa - cientes estudiadas habian estado sujetas al procedimiento de suspensión vesicouretral de M-M-K. La completa inciden - cia de estabilidad del detrusor fué de 38.8%, los éxitos - quirúrgicos fueron de 92.5%.

Parnell SP; Marshall UF; Vaughan 19, en 1984 estudia - ron a 114 mujeres a quienes se les practicó la técnica -

operatoria de M-M-K, vesicouretopexia, como procedimiento secundario a una incontinencia urinaria recurrente. De 99 pacientes disponibles, la primera operación consistió en procedimientos vaginales solo en 57 (grupo 1) y procedimientos suprapublicos por método de vesico-uretopexia en 42 (grupo 2). El éxito evaluado para el grupo 1 fué de un 80%, mientras que el éxito obtenido en el grupo 2 fué de 90%. El gran éxito combinó con indicaciones consecutivas de M-M-K vesico-uretopexia, ciertamente se garantizó y pudo suponerse el proveer un buen resultado en un mínimo de 90% de los casos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas la incontinencia urinaria por esfuerzo, figura como una de las afecciones, que con mayor frecuencia se presenta en la mujer, en especial en la de edad avanzada. Ante este padecimiento se ha ideado a manera de corrección la técnica operatoria de Marshall - Marchetti- Krantz, la cual ha proporcionado un máximo de satisfacción a la paciente sometida a esta operación. Por tal motivo, planteamos que la operación de M-M-K, suele ser la técnica operatoria de elección y la usada con más confianza para corregir la incontinencia urinaria por esfuerzo y recidivante. Además la adinamia de su técnica va dirigida a corregir la situación topográfica, que es la pérdida del ángulo vesico-uretral y acortamiento de la uretra que de 4 cm pasa a medir 2.5 cm y por ende la fisiología del segmento del cuello uretro-vesical, lograndose de tal forma un éxito en la intervención de 80% en la incontinencia urinaria y un 75% en las recidivas.

OBJETIVOS

A. Determinar la incidencia de la operación de Marshall-Marchetti-Krantz en las pacientes con incontinencia urinaria por esfuerzo y recidivante en el H.G.O No.2, CMN-IMSS, a través del estudio de expedientes contemplados - entre el 1º de Enero de 1980 al 31 de Diciembre de 1984,- revisión de la bibliografía Nacional y Mundial existentes sobre el tema; con el propósito de valorar los efectos de esta técnica operatoria.

B. Analizar la importancia del uso de la técnica operatoria de M-M-K, en las pacientes con incontinencia urinaria por esfuerzo sometidas a este procedimiento.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de 957 expedientes, codificados como incontinencia urinaria por esfuerzo en el archivo clínico del H.G.O No.2, CHN- IMSS, en el período comprendido del 1 de Enero de 1980 al 31 de Diciembre de 1984, Se cuantificó un total de sesenta (60) casos de incontinencia urinaria por esfuerzo tratados con el procedimiento de M-M-K. Cada caso fué analizado y para esto se tuvo en cuenta los siguientes datos: a). Edad de las pacientes; b). Peso y talla de las pacientes; c). Estado nutricional y nivel socio-económico; d). Secuencia y número de intervenciones ginecológicas previas; e). Antecedentes Obstétricos; f). Tiempo de recidiva de las pacientes con incontinencia urinaria por esfuerzo; g). Cuadro clínico; h). Estudios de uretrocitograma, que se clasifica según el criterio de Green en tipos I y II; i). Asociación de las infecciones de vías urinarias (estudios de urocultivos); j). Complicaciones durante el acto operatorio; k). Complicaciones postoperatorias.

RESULTADOS

La técnica operatoria de Marshall-Marchetti-Krantz, fué practicada en 60 casos estudiados en el cual el total de las pacientes habian sido sometidas a cirugías previas tipo Kelly (cuadro No.1). Información similar a la obtenida por otros autores ²⁰.

La edad minima en las pacientes fué de 32 años, la máxima de 61 años, con promedio de 47 años. La paridad fluctuó de 0 a más de 12 partos, con promedio de 6 (cuadro No. 2), como dato de importancia no hubo paciente nuligesta con incontinencia urinaria por esfuerzo.

El tiempo en que se presentó la recidiva de las pacientes sometidas a cirugías previas tipo Kelly, vario de menos de 6 meses a más de 2 años, recurriendo la mayoría entre 6 y 12 meses (48%), del tratamiento inicial.

El peso corporal de las pacientes tuvo variación de 48 a 88 kgrs, con promedio de 68 kgrs por paciente. Estatura en cm de 1.40 la minima y 1.68 cm la máxima, con promedio de 1.54 cm (cuadro No. 4). Es notorio en gran parte de las pacientes, el sobrepeso corporal, clasificado en grados de obesidad I, II, III, IV, V. (cuadro 5).

La prueba de suspensión vesicouretral (prueba de esfuerzo) fué positiva en todas las pacientes.

El grado de la incontinencia urinaria diagnosticado

por radiología en las pacientes sometidas a la operación de M-M-K, según criterios de Green fué de grado I y II, - con mayor acentuación de los eventos en el grado II, en - dos pacientes no se practicó el uretrocitograma y en una fué normal (5%) (cuadro No. 6).

La operación de M-M-K en este grupo de pacientes se llevo a cabo de acuerdo a la técnica indicada, dejando en el 98% de las pacientes, dren en el espacio de Retziu.

Respecto a las complicaciones atribuidas a la cirugía hubo un caso de fijación de la sonda de foley más incisión del peritoneo, la cual curso con hematuria de 48 horas y 1 caso de lesión vesical con hematuria de 78 hrs. Ambos casos se dieron durante el acto operatorio, con reparación al instante del daño, sin complicaciones posteriores. En lo que concierne a complicaciones postoperatorias, se presentaron 5 casos de dehiscencia quirúrgicas - y 2 casos de hematomas del espacio de Retziu en los cuales no se dejó dren de penrouse. Una paciente presentó - además de hematoma del espacio de Retziu, dehiscencia de herida quirúrgica (cuadro No. 8).

Se tuvo presente en las complicaciones postoperatorias los factores: a) Edad, en la cual no se detectó incidencia alguna significativa de ésta en relación a las - complicaciones dadas (cuadro No. 9).

b). Sobrepeso corporal (obesidad), el número de complicaciones postoperatorias se dió solo en pacientes obesas, - sobre todo en aquellas con una obesidad grado II (cuadro - no. 10).

Se considero el estado nutricional y socio-económico calificandolo como bueno y malo, encontrandose la mayoría de las pacientes en el calificativo de malo.

Antecedentes de infecciones urinarias diagnosticadas por urocultivo preoperatorios: 9 casos positivos, 51 negativos. Postoperatorios: 4 casos positivos, 56 negativos.- El germen aislado en estos urocultivos fué el E. Coli, - tratadas sin complicaciones.

El drenaje vesical usado fué el de sonda de foley, - con un tiempo en días de mínimo 3 días, máximo 8 días, con promedio de 5 días, adicionando a éste, terapia de anti - sépticos urinarios tipo fenaxopiridina y acido nalidixico (cuadro No.11). La orina residual fué siempre aceptable - menor de 100 ml por paciente.

El tiempo de permanencia en el hospital de las pa - cientes sometidas a la operación de M-M-K, tomado a par - tir de un día antes de ser practicada la cirugía, fluctuó entre 1 y 12 días con un promedio de hospitalización de - 7 días por paciente (cuadro No. 12).

Mortalidad, ninguna.

CUADRO No. 1

PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO Y RECIDI
VA CON CIRUGIA PREVIA TRATADAS CON LA TECNICA OPERATORIA -
DE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ EN EL H. DE G.O, No.2 DEL CMN
IMSS, 1980 - 1984.

EDAD	No. DE CASOS	CIRUGIA PREVIA (KELLY)	%	OPERACION DE M * M - K.	%
32 - 36	8	8	13%	8	13%
37 - 40	4	4	7%	4	7%
41 - 44	15	15	25%	15	25%
45 - 48	11	11	18%	11	18%
49 - 52	6	6	10%	6	10%
53 - 56	11	11	18%	11	18%
57 - 60	4	4	7%	4	7%
61 y más	1	1	2%	1	2%
TOTAL.	60	60	100%	60	100%

CUADRO No.2

PARIDAD DE LAS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA POR -
ESFUERZO Y RECIDIVA, H.G.O No.2, CMN- IMSS.

1980 - 1984.

PARIDAD	CASOS	%
0 a 3	12	20%
4 - 7	31	52%
8 -11	10*	16%
12y más	7	12%
TOTAL	60	100%

* 3 de las pacientes, presentan antecedente de aplicación de forceps.

CUADRO No. 3

TIEMPO DE RECIDIVA DE LAS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO CMN* IMSS 1980-1984.

TIEMPO	No. DE CASO	%
Menos de 6 meses de postop.	1	2%
De 6 a 12 meses	29	48%
De 13 meses a 2 años	20	33%
Más de 2 años	10	17%
TOTAL	60	100%

CUADRO No. 4

PESO Y TALLA DE LAS PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA
 POR ESFUERZO Y RECIDIVANTE, SOMETIDAS A LA OPERACION DE-

M- M-K, H.G.O No.2, CMN - IMSS.

1980 - 1984.

PESO (Kgrs.)	NO. DE PACIENTES		TALLA (cms)	NO. DE PACIENTES	
		%			%
48 - 55	11	18%	1.40 - 1.46	9	15%
56 - 63	16	27%	1.47 - 1.52	15	25%
64 - 71	17	28%	1.53 - 1.58	13	22%
72 - 79	5	5%	1.59 - 1.64	11	18%
80 - 88	13	22%	1.65 - 1.66	12	20%
TOTAL	60	100%	TOTAL	60	100%

CUADRO No. 5

CLASIFICACION DE LAS PACIENTES OBESAS CON INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO SOMETIDAS A LA OPERACION DE M- M- K, - -

H.G.O, No. 2, CMN - IMSS

1980 - 1984.

GRADO DE OBESIDAD	CASOS	%
I	1	2%
II	10	17%
III	12	20%
IV	5	8%
V	2	3%
TOTAL	30	50%

CUADRO No. 6

CLASIFICACION DE LA INCONTINENCIA URINARIA DIAGNOSTICADA
POR RADIOLOGIA (URETROCITOBGRAMA) EN LAS PACIENTES SOMETI
DAS A LA OPERACION DE M-M-K, H.G.O No.2, CMN-IMSS
1980 - 1984.

GRADO DE INCONTINENCIA	CASOS	%
I	4	7%
II	53	88%
TOTAL	57	95%

En dos pacientes no se practicó el uretrocitograma, sin embargo, fueron intervenidos quirúrgicamente.

En una paciente con uretrocitograma normal, también se realizó la operación de M-M-K.

CUADRO No. 7

COMPLICACIONES QUIRURGICAS DEL M- M- K, PRESENTADAS EN EL
H.G.O No.2, CMN - IMSS 1980 - 1984.

COMPLICACIONES	No. DE CASO
Fijación de la sonda de Foley más incisión del peritoneo	1
Lesión vesical	1
TOTAL	2

CUADRO No. 8

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DEL M- M- K, PRESENTADAS -
EN EL H.G.O No. 2, CMN - IMSS, 1980 - 1984.

COMPLICACIONES	No. DE CASO
Dehiscencia de herida quirúrgica	5
Hematomas del espacio de Retziu	2*
TOTAL	7

* Una de estas pacientes, presentó además de hematoma del espacio de Retziu, dehiscencia de herida.

CUADRO No. 9

EDAD DE LAS PACIENTES Y SU RELACION CON LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA OPERACION DE M- M- K, PRESENTADAS, H.G.O No.2, CMN- IMSS.
1980 - 1984.

EDAD	COMPLICACIONES POSTOPERATORIA		%
	Dehiscencia de H.Q.	Hematoma del E.R.	
32 - 36	-	-	-
37 - 40	1	-	1.8%
41 - 44	1	2*	5 %
45 - 48	1	-	1.8%
49 - 52	1	-	1.8%
53 - 56	1	-	1.8%
57 - 60	-	-	-
61y más	-	-	-
SUBTOTAL	5	2	
TOTAL	7		12 %

* Una de estas pacientes, presentó además de hematoma del espacio de Retziu, dehiscencia de herida quirúrgica.

CLAVE : H.Q. =Herida quirúrgica; E.R. =Espacio de Retziu.

CUADRO No.10

PACIENTES OBESAS CON INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO
SOMETIDAS A LA CIRUGIA DE M- M-K y COMPLICACIONES POST -
OPERATORIA PRESENTADAS, H.GO. No.2. CMN -IMSS.

1980 - 1984.

GRADO DE OBESIDAD	COMPLICACIONES POSTOPERATORIA		%
	Dehiscencia de H.Q.	Hematoma del E.R	
I	1		1.8%
II	2	2*	5 %
III	-	-	-
IV	1		1.8%
V	1		1.8%
SUBTOTAL	5	2	
TOTAL	7		12 %

* Una de las pacientes presentó, además de hematoma del espacio de Retziu, dehiscencia de herida quirúrgica.

CUADRO No. 11

DURACION DEL DRENAJE VESICAL POR Sonda DE FOLEY EN LAS PA
 CIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA POR ESFUERZO Y RECIDI-
 VANTE SOMETIDAS A LA OPERACION DE M-M-K. HGO, No.2, QMN -
 IMSS, 1980-1984.

TIEMPO	CASO	%
3 - 5 días	59	98%
6 - 8 días	1	2%
TOTAL	60	100%

CUADRO No. 12

TIEMPO DE HOSPITALIZACION DE LAS PACIENTES CON INCONTINEN
CIA URINARIA POR ESFUERZO Y RECIDIVANTE SOMETIDAS A LA CI
RUGIA DE M-M-K, HGO, CMN-IMSS.
1980 - 1984.

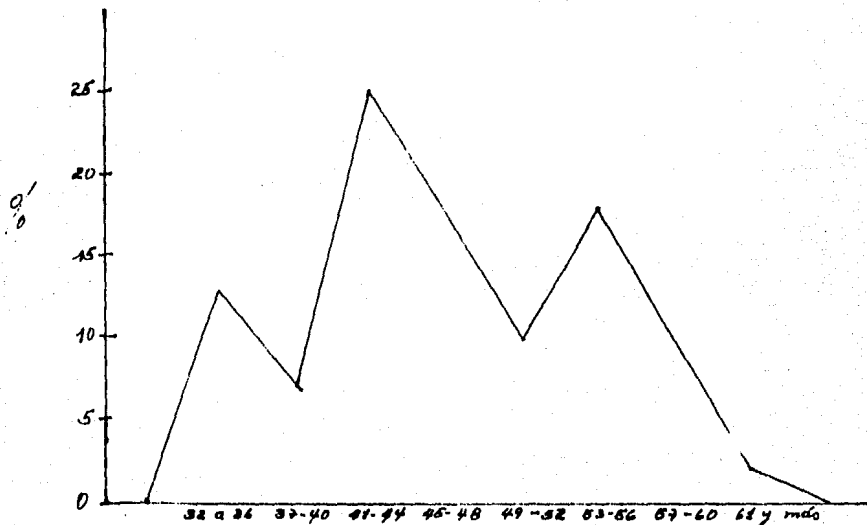
TIEMPO	CASOS	%
1 a 4 días	17	28%
5 - 8 días	38	64%
9 -12 días	5	8%
TOTAL	60	100%

Gráfica N° 3.

Relación de Edad de las pacientes en incontinencia urinaria por esfuerzo, tratadas en cirugía púrpura (Kelly), sometidas a la operación de H.M.K.,

H.C.O N° 2 - P.M.N - INSS

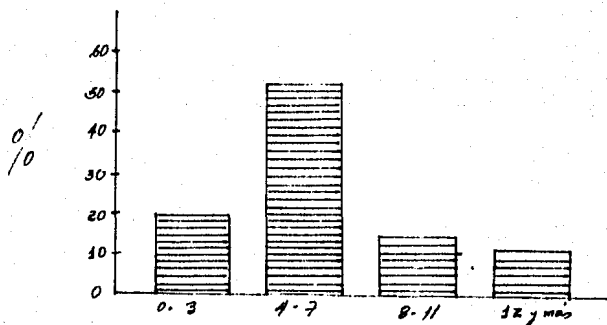
1980 - 1984.




fuentes de información: Cuadro N° 1.

Grafica N° 2.

paridad de las pacientes con incontinencia urinaria por espasmo y recidivante.
sometidas a la operación de H. H. K. H.G.O N° 2, (M.N) - IMSS
1980-1984.



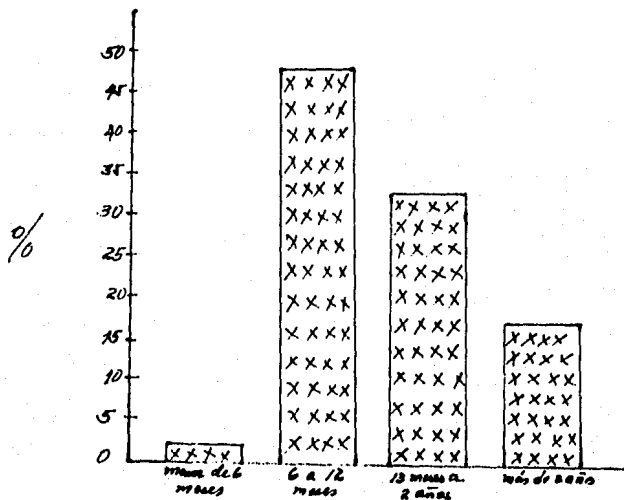
 - Ne de pontos

fuerite de informacion : Cuadro N° 2

Gráfica N° 3.

Tiempo de perdida de las pacientes con incontinencia urinaria por esfuerzo, en leucias propias, sometidas a la operación de H.H.K.

H.G.D. N° 2. E.H.D. IVSS-198-1584.

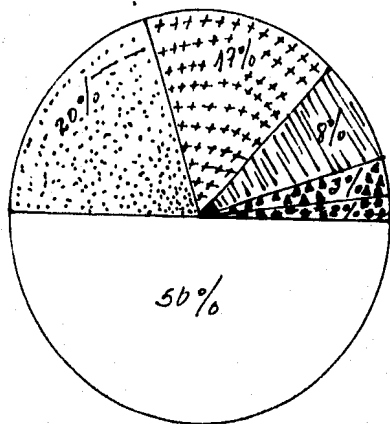








XXXX : tiempo de perdida.

fuente de información, Cuadro N° 3.

Gráfica N° 4

Relación de los pacientes en incontinencia urinaria por Espasmo y Residuos
 sometidos a la Operación de H. M. K. y Grados de obesidad, H. 60, N° 2
 BMN-ENSS-1.980- 1.984.

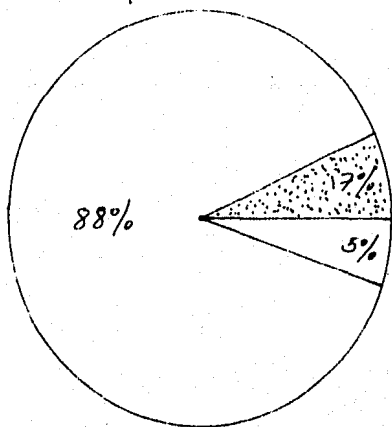





- Sin Obesidad: 
- Obesidad G I: 
- Obesidad G II: 
- Obesidad G III: 
- Obesidad G IV: 
- Obesidad G V: 

fuentes de información: Cuadro N° 5.

Gráfica N° 5.

pacientes sometidos a la Operación de M. H. K. y grado de incontinencia
urinaria, diagnosticado por Radiología (uretrolograma),
H. G. O N° 2. C.M.N. - I.H.S.S.
1.980 - 1984.



No se practicó uretrolograma : 
Incontinencia M. G. I : 
Incontinencia M. G. II : 

fuentes de información: Cuadro N° 6.

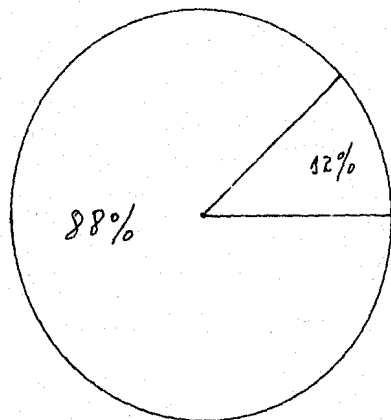
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Gráfico N° 6

Pacientes sometidos a la cirugía de H.M.K y complicaciones postoperatorias

H.G.O N° 2. CHN - IHSS

1.980 - 1984



sin complicaciones

complicaciones

fuentes de información : Cuadro N° 8

DISCUSION

La operación de Marshall- Marchetti- Krantz, practica da en un grupo de 60 pacientes, se efectuó de acuerdo a la técnica indicada; procedimiento de fácil realización, eficaz en el tratamiento de la incontinencia urinaria por esfuerzo y recidivante, su efectividad mayor está dada en razón directa a la selección apropiada de las pacientes. En el presente estudio la selección de las pacientes se realizó de acuerdo a los criterios aconsejados por Green, mediante los cuales se obtuvo resultados satisfactorios e inmediatos.

En cuanto a los aspectos relacionados a la técnica quirúrgica, nos ha parecido que es más efectivo el levantamiento de las paredes vaginales por medio de los dedos de un ayudante, ya que esto nos permite identificar con más claridad el sitio apropiado para colocar los puntos de seda, sin herir o lesionar la uretra. La canalización del espacio de Retziu la consideramos deseable, por la sencilla razón de coadyuvar en la prevención de las complicaciones, como es la de la aparición de hematomas del espacio de Retziu, con posterior proyección de la afección a la pared abdominal.

Creemos hasta el momento que la técnica de M*M-K, permite restituir a su sitio intra-abdominal el tercio proximal de la uretra, este hecho no fué corroborado por el uretrocitograma, por no haberse realizado control postoperatorio con éste.

La sonda de foley que permaneció un mínimo de 3 días y un máximo de 8 días, con promedio de 5 días en las pacientes, la consideramos como causa principal de los problemas de polaquiuria, disuria e infecciones agregadas, sin embargo en los casos presentados en el estudio los resultados de los urocultivos de control postoperatorio fueron negativos en la mayoría de las pacientes. Consideramos conveniente proponer para el futuro, tratar de disminuir el número de días de drenaje por sonda o bien evitar por completo su empleo como lo han sugerido Marchetti-Marshall y O'Leary, con excepción de aquellos casos en que se presente nematuria acentuada, con el objeto de aprovechar el drenaje para realizar a través de éste el lavado vesical.

Los resultados hasta ahora obtenidos parecen alentadores por la selección del tipo de enfermas y la técnica empleada. Consideramos adecuada la rutina de estudio y tratamiento a que fueron sometidas las pacientes intervenidas, ya que así lo demuestran los resultados.

Respecto a las complicaciones quirúrgicas y postoperatorias observadas en el estudio, podríamos decir que fueron muy pocas, en lo que concierne a las quirúrgicas solo se presentaron 2 casos: 1 de fijación de la sonda de foley más incisión del peritoneo y 1 de lesión vesical, ambos ocasionados por fallas en el manejo de la técnica. En cuanto a las complicaciones postoperatorias se dieron dos casos de hematoma del espacio de Retziu, por falla de

colocación de dren de penrouse en éste, y 5 casos de dehiscencia de herida quirúrgica, atribuidos según los resultados obtenidos, al grado de obesidad existente en estas pacientes. Estas series de complicaciones dadas, tanto las quirúrgicas como las postoperatorias cedieron sin mayores riesgos.

Las 60 pacientes sometidas a la operación de Marshall Marchetti-Krantz, fueron controladas solo, los primeros 3 meses consecutivos a la intervención quirúrgica; sin detectar durante ese lapso recurrencia alguna de la I.U.E., cuyo éxito hasta ese entonces obtenido, representado porcentualmente equivale aproximadamente de un 90% a un 100%, con promedio de un 95%. Posteriormente fueron suspendidos los controles de estas pacientes en el H.G.O, No.2, por haber sido dadas de alta del servicio (consulta externa) y transferidas a su clínica de adscripción.

No es conveniente que la valoración de los resultados obtenidos hasta la fecha deban considerarse definitivos, es necesario una valoración posterior de todos estos casos en un mayor lapso de tiempo postoperatorio, con el propósito de hacer conclusiones sobre bases más firmes. Aunque los resultados reportados en el presente estudio, coinciden con las experiencias mundiales publicadas por otros autores, lo que permite decir, que es una técnica recomendable cuando el caso ha sido bien seleccionado.

RESUMEN

Se describen los conceptos actuales de la incontinencia urinaria por esfuerzo y la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz, como tratamiento de confianza para corregir - la I.U.E. y recidivante, y los diferentes resultados logrados por la experiencia en la práctica de ésta por otros - autores.

Se presentan 60 casos de I.U.E. y recidivante con cirugías previas, tipo Kelly, sometidas a la técnica de - M-M-K, en el Hospital de ginecología y Obstetricia, no. 2 del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se hace una descripción de la metodología utilizada en el estudio de los casos presentados.

Se analizan los resultados del presente estudio, incluyendo las complicaciones quirúrgicas y postoperatorias dadas, y se concluye que los resultados obtenidos hasta - el momento, son alentadores para proseguir con el empleo de esta técnica en las pacientes con I.U.E y recidivante, como medida terapéutica en el manejo de esta patología.

El éxito de los resultados obtenidos en este grupo - de pacientes hasta los primeros tres meses del postoperatorio fué de 95%.

BIBLIOGRAFIA

1. Ball Tl; Woodruff JJ, Stress incontinence: revisión de an unsuccessful Marshall-Marchetti operation in a 5 - year- old child. J Urol 1968 Oct; 100 (4); 492-7
2. Ball Tl; Wright K, Stress incontinence; complicaciones and sequelas of the Marshall- Marchetti operation, Pac Med Surg 1965 Sep- Oct; 73 (5); 290-3.
3. Bergman A; Bhatia MN, Pessary Test: Simple prognostic- test in Women With stress urinary incontinence. urology 1984 Jul; 24 (1): 109 - 10.
4. C. A. W. Whle, F.P. Kohler and C.C. Mackinney, urinary stress incontinence in the female patient. the Journal- of urology, vol 99, May 1968.
5. Cubillos J; Espinoza R; Haring J; Delgado J.G; vanegas H, modified technic of the Marshall-Marchetti-Krantz,- Retropubic Urethrocolpo-suspension, Rev, chil Obstet - Ginecol 1971; 30 (2): 93-6.
6. Delgado Urdapilleta J; Uribe Elias R; Castro Carvajal F, marshall- Marchetti- Krantz, Operation in the treatment of stress Urinary incontinence in Women. uinecol Obstet Mex 1972, Feb; 18 (205): 509-14.
7. Edrich M; Hallemans E; Vanwelkenhuyzen P, The Marshall-

- Marchetti, operation. Acta Urol Belg 1974 Jul; 42 (3) ; 321-5.
8. González Ianniello R, Urinary stress incontinence. - Marshall- Marchetti- Krantz operation, prensa Med - Argent 1969; Jun 13; 56 (15): 672-4.
 9. Granjon A; Parent B, Retropubic suspension of the urethra and bladder neck in Women, Marshall-Marchetti - Krantz operation, Gynecol Obstet Paris 1965 Nov- Dec; 64 (5): 581-92.
 10. Mutch JA, A modification of the Marshall-Marchetti - Krantz operation, trans Am Assoc Genitourin surg 1967 59: 158-65.
 11. Joshi D; Reese L, Marshall- Marchetti operation. Improved positioning and the use of a sponge on ring - forceps, Can J Surg 1969 Jul; 12 (3): 365-6.
 12. Kjer JJ; Hebj Rn S; Jaszczak P, A Follow up study of the Marshall-Marchetti- Krantz, vesicourethral operation for female incontinence, Zentralbl Gynakol 1983; 105 (22): 1468-71.
 13. Kuzmarov IW, Urodynamic assesment and chain cystogram in Women with stress urinary incontinence. Clinical - significance of detrusor instability. Urol 1984 Sep;-

24 (3): 236-8.

14. Leal Garza R; Santos Martinez A; Gutierrez Martinez; Personal experience with the Marshall- Marchetti- - Krantz, operation in urinary incontinence. Gynecol - Obstet Mex, 1972 Feb; 31 (184): 159-63.
15. McCausland Am; Langmade Cf, A Helpful addition to - the Marshall- Marchetti-Krantz operation , Am J. Obs tet Gynecol, 1972 Mar 15; 112 (6): 759 -61.
16. Mckiel Cf Jr; Graf Ec; Callahan DH, Marshall-Marche tti procedure: Modification. J Urol 1966, Nov; 96 - (5): 737-9.
17. Muth H, Rare complication following the Marshall- - Marchetti operation, Zentralbl Gynecol 1969 Aug 16;- 91 (33) 1078 - 82.
18. Parent B; Henrion R; Rouvillois JI, Marshall-Marche tti operation and variant. result of the maternite - de port-Royal (69 cases). J Gynecol Obstet Bhil - Reprod, Paris 1972; 1 (5 suppl 2): 292-3.
19. Parnell Jp 2d; Marshall Vf; Vaughan Ed Jr, Manage - ment of recurrent urinary stress incontinence by the - Marshall- Marchetti- Krantz vesicourethropexy. J Urol 1984 Nov; 132 (5): 912-4.

20. Patrick. E. Collaghan M.D. Southern Medical Journal, -
October 1975, vol 68, no. 10.
21. Quiñonez R; Martinez del Campo; Padilla F. The Mars -
hall- Marchetti and Krantz Operation (50 cases). Gy -
necol Obstet Mex 1.905 sep-Oct; 20 (118): 857-66.
22. Raymond A. Lee. M.D. y Richard Symmonds, operation -
Marshall-Marchetti, Am S Obstet Gynecol May 15- 1975.
23. Richard W. Meduffie; Kenneth Blundor, uretrovesical -
suspensión (Marshall- Marchetti- Krantz), (204 casos)
the American journal of sugars, volumen 141, feb 1981.
24. Thomás A. Stamey, Nuevos métodos para corregir la in-
continencia urinaria por esfuerzo en mujeres. Stanford_
University Medical Center, Room s-287, Stanford, 94305.
25. Velazquez V; Marquez J. Treatment of urinary incontin-
ence, Marshall- Marchetti-Krantz operation. Rev. Chil
Obstet Ginecol 1966 Mar-Jun; 31 (2): 90-5.